

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

1046

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME d'ÉTAT)

PAR

Ange, Marcel, Pascal DAMÈLE

Né le 10 Septembre 1926 à PARIS

présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ICTERES
ET DES AFFECTIONS TUMORALES
ET INFLAMMATOIRES DE L'ABDOMEN
PAR LA PERITONEOSCOPIE

Président : Monsieur R. MOREAU (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI^e

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1957

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Ange, Marcel, Pascal DAMELE

Né le 10 Septembre 1926 à Paris

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

ICTERES ET DES AFFECTIONS TUMORALES

ET INFLAMMATOIRES DE L'ABDOMEN

PAR LA PERITONEOSCOPIE.

--:-

Président : Monsieur R. MOREAU (Professeur)

--:-

D.P. TAIB

8, rue Casimir Delavigne

PARIS

1957.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMFY,
CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN,
HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE,
LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER,
MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER,
OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN.....Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR.....Jean VERNE

I. PROFESSEURS

	MM
Anatomie.....	CORDIER
Anatomie pathologique.....	DELARUE
Bactériologie.....	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale.....	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale.....	BERNARD J
Carcinologie.....	N.
Chimie Méd.....	JAYLE
Clinique Chir. {	Hôtel Dieu.....
	Broussais.....
	Salpêtrière.....
	Cochin.....
Clinique Chir. réparatrice et orthop. }	MERLE d'AUBI-
Clinique de Cardiologie.....	GNE
Clinique Chir. infantile et d'orthop.....	MOUQUIN
Clinique Chir. pleuro-pulm.....	FEVRE
Clinique de la Tuberculose.....	MONOD
Clinique de neuro-chir.....	BERNARD Et.
Clinique de Puéricult.....	{ PETIT-
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques }	{ DUTAILLIS
Clinique des mal. du sang.....	LELONG
Clinique mal. du système nerv.....	DEGOS
	CHEVALLIER
	ALAJOUANINE

MM.

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales } et de l'encéphale }	DELAY
Clinique du diabète sucré et des } maladies de la nutrition }	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO BARIETY
Cliniques Médicales	J. BESANÇON MOREAU de GENNES
Clinique méd. hydro-climat. thér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R. LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	VARANGOT LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	FESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

LI. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
	(CABROL		(DUBOST
	(DEBEYRE		(FAUREL
Anatomie	(DELMAS		(FLABEAU
	(OLIVIER G.		(GERMAIN
	(Melle GAU-		(GOSSET
Ana. Path.	(THIER V.	Pat. Chir.	(LAURENCE
	(BUSSER		(LORTAT-JACOB
	(GOUYGOU		(MATHEY
Bactério-}	(CHRISTOL		(OLIVIER(C1)
logie }	(NEVOT		(POILLEUX
Biol. méd.	(BOURLIERE		(THOMERET
	(ETTORI		(VERNE(J M)
Chimie méd.	(POLONOVSKI J	Pat. expé-	(MAURICE
	(DUPERRAT	riment.	(LOEPER
Dermato-syphil.	(TUCHMANN		(BOUVIER
Embryologie	(BULLIARD		(BOUDIN
	(COUJARD		(BRICAIRE
Histologie	(N...		(BRISSAUD
	(CORNET		(CASTAIGNE
Hydrologie	(BOYER		(CONTE
Hygiène	(DEPARIS		(DEROT
	(BASTIN		(DOMART
Mal. infect.	(DEROBERT	Pat. méd.	(LAMOTTE
Médecine)}	(GAULTIER		(LAROCHÉ
légale et }	(HADENGUE		(MACREZ
du Trav. }	(DAVID		(MILLIEZ
Neurochir.	(LHERMITTE		(PEQUIGNOT
Neurologie	(GRASSET		(PERRAULT
	(LE LORIER		(RAMBERT
	(LEPAGE		(ROYER
Obstétrique	(MERGER		(THIEFFRY
	(MORIN		(TURIAF
	(RAVINA		(WOLFRAMM
	(ROBEY		(JOSEPH
Ophtalmo-}	(BREGEAT	Pédiatrie	(POLONOVSKI C1.
logie }	(DESVIGNES		(MOZZICONACCI
Orthopédie	(JUDET		(Melle LEVY
Oto-rhino-}	(AUBRY	Pharmacol.	(CHEYMOL
laryngo. }	(MADURO		(BARGETON
Parasito.	(BRUMPT		(DEJOURS
Parasito.col.	(CHABAUD	Physiol.	(PARROT
	(ABOULKER		(DJOURNO
	(BARCAT	Physique	(GOUGEROT
Pat. chir.	(BAUMANN	médicale	(KREIS
	(CAUCHOIX	Pneum.ptis.	

	MM.		MM.
Psychiatrie	{ BARUK	Stomato	{ CHAPUT Mme
	{ PICHOT		{ CERNEA
Psych. infant.	MICHAUX	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Urologie	{ COUVELAIRE
	{ HUGUIER		{ BROUET
	{ LEGER		{ DREYFUS
Clinique chir.	{ PADOVANI		{ FAUVERT
	{ ROUX	Clinique mé.	{ HAGUENAU
	{ RUDLER		{ HAMBURGER
	{ SICARD		{ KOURILSKY
Clinique } { ECALLE			{ MARCHAL
obstét. } { MAYER			{ SOULIE
Clinique } { OFFRET			
ophtal } { RENARD			

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
Bibliothécaires. (Melles DUMAITRE
LE NOIR
METIN
QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

En témoignage de mon affection
inaltérable.

A MA MERE

Exemple d'honneur et d'abnégation
maternelle. N'a jamais limité
sa peine et ses sacrifices.
Un humble témoignage de ma
reconnaissance et de mon
admiration.

A MON BEAU-PERE

En signe de reconnaissance et
d'affection.

A MA SOEUR

A MA FEMME

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

Prématurément disparu, à qui
je dois beaucoup. Très humble
témoignage de ma reconnaissance
et de mon amour.

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur R. MOREAU

Professeur de Clinique Médicale à la
Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie nationale de
Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A la mémoire du Docteur Raoul DANA

Médecin des Hôpitaux de Tunis
Ancien Chef de Service à l'Hôpital
de la Libération
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui, avec beaucoup de compréhension et de compétence, a su nous initier à l'art délicat du diagnostic,

Qu'il reçoive ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Hector BONAN
Médecin des Hôpitaux de Tunisie
Chef de Service à l'Hôpital Habib Thameur

Qui nous a beaucoup appris.
En signe de gratitude.

A Monsieur le Docteur JAHAN

Accoucheur des Hôpitaux de Tunisie
Chef de Service à l'Hôpital Habib Thameur

Qui nous a guidé dans nos premiers pas obstétricaux.

Toute notre reconnaissance.

Au Docteur Hechmi AYARI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Gastro-Entérologue

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse.

En toute amitié.

Au Docteur Gilbert BORSONI

Assistant de l'Hôpital Habib Thameur

Qui dans notre éducation
médicale a toujours été
près de nous.

Amicalement.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
ICTERES ET DES AFFECTIONS TUMORALES ET
INFLAMMATOIRES DE L' ABDOMEN
PAR LA PERITONEOSCOPIE

-:-:-

INTRODUCTION

-:-

C'est assurément un des soucis de la médecine contemporaine que de rendre visibles les viscères malades.

L'utilisation de la péritonéoscopie comme procédé d'exploration dans les affections hépato-vésiculaires, dans les affections tumorales et inflammatoires des organes abdominaux a doté le médecin d'un moyen d'investigation supplémentaire. Nous ne ferons que mentionner, en passant, les autres méthodes telles que, ponction biopsique du foie, angiocholégaphie, laparophotographie qui viennent compléter la laparoscopie simple.

Malgré l'ancienneté de la méthode (KELLING, JACOBENS 1902), elle n'a été utilisée comme l'investigation de routine qu'en Allemagne par KALK, en Argentine par M. ROYER et en France par J. CAROLI et ses collaborateurs.

Pour CAROLI, cette méthode est pleine de promesses et nous pouvons dire, quant à nous, qu'elle nous a déjà rendu d'appréciables services.

En effet, depuis bientôt deux ans, nous utilisons cette méthode dans le service de médecine générale du Docteur H. BONAN, de l'hôpital Habib Thameur de Tunis, où le Docteur AYARI, ancien élève de J. CAROLI, l'a pratiquée près de cent fois.

Nous nous efforcerons de montrer tout au long de ces pages, l'intérêt réel que présente la péritonéoscopie dans le diagnostic des ictères, des tumeurs de l'hypocondre droit et des tumeurs abdominales d'une façon générale.

-:-

TECHNIQUE ET INSTRUMENTATION

-:-

Comme J. CAROLI l'a déjà dit dans un article de la Revue Internationale d'Hépatologie (année 1955 - n° 7), une des raisons les plus importantes de la défaveur de la péritonéoscopie, jusqu'à ces dernières années, réside dans l'emploi d'une instrumentation, sinon dangereuse, à tout le moins peu pratique. Les premiers péritonéoscopes utilisés avaient en effet un diamètre beaucoup trop important : 10 mm par exemple pour le Rudock, qui était le plus utilisé aux Etats-Unis. Il s'ensuivait des difficultés d'introduction et un traumatisme abdominal non négligeable. Le péritonéoscope que nous utilisons est celui de Fourès, il n'a qu'un diamètre de 5 millimètres.

Nous procédons de la façon suivante:

Avant tout chez les malades qui ont de l'ascite, le premier temps consiste à évacuer au maximum le liquide qui sera remplacé par de l'air. Nous créons donc un pneumopéritoine à l'aide d'un appareil à pneumothorax à vases communicants et à manomètre à eau, qui permet le contrôle exact de la position de l'aiguille et la surveillance permanente de la pression intra-abdominale.

Une manoeuvre très simple permet de s'assurer que le trocart est bien dans la cavité péritonéale : le robinet de l'appareil insufflateur étant fermé, on monte le flacon mobile pour créer dans l'appareil une pression de 20 cm d'eau. On ouvre ensuite le robinet de communication, juste le temps nécessaire pour faire monter la colonne d'eau du manomètre. Si le trocart est bien en place, la colonne d'eau redescend aussitôt, jusqu'à une pression

légèrement positive, toujours inférieure à 3 cm d'eau. Si la colonne d'eau redescend lentement et se stabilise à une pression supérieure à 3 cm, c'est que le trocart est dans la paroi ou dans l'épiploon. L'insufflation est faite lentement, sous une pression de début de 10 ou 15 cm d'eau. La quantité d'air à introduire est variable selon l'état des muscles abdominaux, elle est au moins de 2 à 3 litres.

Le point d'élection pour la création du pneumopéritoine est la région paraombilicale gauche, à 1 ou 2 cm en dehors du bord externe du Grand Droit. Une petite anesthésie locale est nécessaire pour l'introduction du trocart de Kuss, muni de plusieurs orifices latéraux, grâce à ces orifices latéraux, l'insufflation reste possible même si l'épiploon a été piqué. Ainsi conduit, le pneumopéritoine est facile, indolore et anodin.

Le péritonéoscope est celui de FOURES qui présente l'avantage d'avoir un optique en bout indépendant du système d'éclairage, les deux systèmes coulissant l'un dans l'autre. Cette disposition permet à la tige porte-lampe de jouer le rôle d'écarteur, lorsque l'optique est retiré à quelques centimètres en arrière de la lampe. L'exploration des divers organes est ainsi rendue possible, sans qu'il soit nécessaire d'introduire un nouvel instrument.

La porte d'entrée habituelle est la ligne médiane sous-ombilicale, à 2 cm de l'ombilic, mais l'exploration du pédicule hépatique est facilitée par l'introduction du trocart dans la région para-ombilicale droite.

De toutes façons, cette porte d'entrée peut être modifiée à volonté selon l'organe ou la région à explorer. L'intervention est complètement indolore s'il a été fait une anesthésie locale soigneuse des différents plans et en particulier du plan sous-péritonéal qui risque d'être tirailé à la mobilisation du trocart.

LES OBSERVATIONS

-:-

I.- CAS OU LA PERITONEOSCOPIE N'A FAIT QUE CONFIRMER LE DIAGNOSTIC CLINIQUE.

OBSERVATION N° 1 -

Madame Mohsna B.H. entre dans le service pour un ictère apparu il y a deux mois avec fièvre et ascite apparue après l'ictère.

A l'examen : pâleur, conjonctives jaunes, ventre tendu, sans circulation collatérale, pas de gros foie, par contre une grosse rate donnant le signe du glaçon, après évacuation de l'ascite on peut apprécier la consistance dure de la rate qui descend largement dans le flanc gauche.

Laboratoire :

Cholestérol total Og 72, cholestérol estérifié O g 54, liquide d'ascite : liquide jaune citrin limpide, rares cellules endothéliales, très rares lymphocytes. Absence de microbes. Hémogramme : G.R. : 3.200.000 ; G.B. : 9.600. Taux de prothrombine : 60 % pour le premier, 80 % pour le second, Réaction de Hanger négative. Bilirubine : 30 mg.

Le diagnostic porté par la clinique est celui d'ictère par hépatite cirrhogène.

On pratique la péritonéoscopie qui nous montre :

Foie atrophique de couleur rose pâle avec des nodules de régénération. On ne voit pas de lobe gauche qui est recouvert d'épiploon. Grosse circulation collatérale au niveau de toutes les anses intestinales. Grosse rate.

Le diagnostic : Hépatite cirrhogène. La malade est traitée.

OBSERVATION N° 2 -

Madame Fatma B.K. vient nous voir pour une ascite apparue depuis 3 mois. Concomitamment apparition d'une tuméfaction de l'hypocondre droit qui n'a cessé de croître. Pas d'ictère, pas d'oedème des membres inférieurs. A l'examen nous sommes en présence d'un foie tumoral irrégulier dont le lobe droit plonge dans la fosse iliaque droite, de consistance dure.

La ponction d'ascite ramène un liquide hémorragique.

Laboratoire :

Electrophorèse : Hypoalbuminémie, hypoglobulinémie alpha 2, hypoglobulinémie bêta 1, hyperglobulinémie bêta 2 et surtout hyperglobulinémie gamma. Liquide d'ascite : albumine 3,50 g par litre, Réaction de Rivalta négative, transsudat, quelques cellules endothéliales, légère lymphocytose, pas de cellules anormales, absence de microbes. Taux de prothrombine 112 %. Hémogramme : G.R. : 3.000.000. G.B. : 7.200.

Diagnostic clinique : Néoplasme du foie.

Péritonéoscopie :

On ne reconnaît de tissu hépatique qu'au niveau du lobe droit dont le bord inférieur est mousse, dur et dont la face antérieure présente trois nodules blanchâtres, durs (nodules métaplasiques). Tout le reste du lobe droit est transformé, remplacé par des tumeurs kystiques de couleur rose. Le lobe gauche hypertrophié présente également des nodules à la surface.

Diagnostic laparoscopique : Néoplasme du foie. La malade est confiée aux chirurgiens.

OBSERVATION N° 3 -

Monsieur Ali B.C.B.R. âgé de 40 ans présente depuis 2 mois un ictère qui a débuté insidieusement, sans antécédents douloureux ni fièvre. Un mois après le début, apparition d'une ascite libre.

A l'examen : présence d'un épanchement pleural bilatéral. Pas de gros foie, pas de grosse rate, pas de circulation collatérale, pas d'œdème des membres inférieurs.

Laboratoire :

Hémogramme G.R. : 3.900.000. G.B. : 6.400. Liquide pleural : albumine 4,50 g. Réaction de Rivalta négative, transsudat, avec cellules endothéliales et lymphocytes assez nombreux. Absence de microbes. Liquide d'ascite : albumine 3 g. Réaction de Rivalta négative, transsudat, liquide jaune clair. Présence de quelques cellules endothéliales, de lymphocytes peu nombreux et de quelques hématies dans le culot de centrifugation, absence de microbes.

Electrophorèse : hypoalbuminémie à 34 %, hyperglobulinémie surtout des gamma à 42 %. Les tests hépatiques : cholestérol total par litre de sérum : 1,94 g. Cholestérol estérifié 1 g. Bilirubine indirecte : 15 mg. Réaction de MacLagan 12 unités, réaction de Hanger négative.

Nous portons cliniquement le diagnostic de cirrhose.

La péritonéoscopie est alors pratiquée :

Facile, foie d'aspect clair au bord inférieur mince, il est nettement atrophie, sa

face antérieure présente des vallonements. La vésicule blanche, flasque, déborde sur le bord inférieur du foie. Rate entourée d'un vaste réseau de capsulite.

En conclusion : Cirrhose métaictérique. Le malade est traité.

OBSERVATION N° 4 -

Monsieur Abderrahman B.T.B.N. est âgé de 54 ans, présente un ictère apparu il y a un mois avec température, douleur hépatique. Cet ictère s'accompagne de selles décolorées et d'urines foncées et va en augmentant depuis le début.

A l'examen il s'agit d'un sujet très amaigri. Son foie est très augmenté de volume, dur, et dans la fosse iliaque droite nous trouvons une masse de la grosseur d'une orange, qui est la vésicule (Signe de Courvoisier et Terrier).

Laboratoire :

Les tests hépatiques nous donnent : cholestérol total 2 g, cholestérol estérifié 1,25 g. Bilirubine directe 125 mg, réaction de Mac Lagan 20, réaction de Hanger négative. Hémogramme : G.R. 3.750.000, G.B. 56.800.

Nous portons le diagnostic de néoplasme de la tête du pancréas.

On pratique alors la péritonéoscopie :

Enorme foie, vert, lisse, recouvert par endroits par des taches de capsulite avec au niveau du bord l'énorme vésicule tendue, de couleur blanche hypervascularisée qui descend jusqu'à la fosse iliaque.

Diagnostic laparoscopique : ictère par rétention ; néoplasme de la tête du pancréas.

On confie le malade aux chirurgiens qui nous répondent :

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Il s'agit d'un petit néoplasme de la tête du pancréas qui est à peu près du volume d'une noix. La vésicule est énorme, le cholédoque est gros comme un poignet, le foie est augmenté de volume. On pratique une cholécystoduodénostomie.

OBSERVATION N° 5 -

Said B.G.

Clinique : Ictère, gros foie, grosse rate.

Laboratoire : Hémogramme G.R. 3.312.000, G.B. 18.000. Cholestérol total : 2,30 g. Réaction de Mac Lagan très perturbée : 116. L'électrophorèse montre une augmentation très sensible des gamma globulines.

Le diagnostic clinique est celui d'ictère par hépatite.

Péritonéoscopie : Rate hypertrophiée, recouverte d'une capsulite, blanchâtre. Elle soulève le lobe gauche du foie, hypertrophié. Le foie est de couleur rosée non lisse avec de petites granulations au niveau du lobe gauche (granulations blanchâtres). Des adhérences relient le lobe gauche à la paroi. Le lobe droit a la même consistance.

Diagnostic périnéoscopique : Ictère par hépatite. La malade est mise au traitement.

OBSERVATION N° 6 -

Aïssa B.M. présente une ascite apparue depuis quatre mois, un gros foie ferme, non douloureux avec un bord inférieur dur.

Laboratoire : Tests hépatiques : Réaction de Kunkel 120. Taux de prothrombine 43 %.

Cholestérine totale 2,05 g. Réaction de Mac Lagan 143 unités. Electrophorèse : hypoalbuminémie, augmentation notable des gamma globulines.

Diagnostic clinique : cirrhose du foie.

Péritonéoscopie : Facile. Foie d'aspect cruenté, de couleur rose pâle avec des vallonements, de consistance très ferme. Le volume du foie est augmenté. Vésicule normale. La rate augmentée de volume est blanche, recouverte de capsulite.

Diagnostic laparoscopique : cirrhose. On institue le traitement.

OBSERVATION N° 8 -

Rebah B.M.B.M. âgé de 40 ans, souffre depuis vingt ans par crises de un ou deux jours avec des sédations allant jusqu'à un an. Douleurs épigastriques à irradiations dorsales médianes violentes; ces douleurs étaient accompagnées de vomissements. Depuis un mois environ à la suite d'une crise douloureuse, la malade dit avoir tous les soirs des accès fébriles accompagnés de frissons. Depuis la même époque également un subictère s'est installé avec des urines foncées et des selles décolorées. La douleur a cessé depuis quinze jours.

A l'examen : ictère pas très foncé, mais indiscutable. A la palpation, pas de douleur ni de défense de l'hypocondre droit.

Laboratoire : Mac Lagan 49. Cholestérol 2,32g.

Diagnostic clinique : Cholécystite.

La péritonéoscopie nous montre : Foie modérément augmenté de volume, de couleur verte. Le bord inférieur est arrondi, moussé. Aucune nodosité ni néoformation. Au niveau du lit vésiculaire, rideau d'adhérences qui tombent de la paroi abdominale.

Diagnostic laparoscopique : Foie de cholestase mécanique d'origine lithiasique.

On confie la malade aux chirurgiens qui nous donnent le compte rendu opératoire suivant : Péritonéoscopie faite 48 heures avant l'intervention orientant vers le diagnostic de lithiasc.

Incision paramédiane droite, on découvre une vésicule scléro-atrophique, bourrée de calculs. On pratique une cholécystectomie. On pratique une cholangiographie per-opératoire. Le cliché montre un arrêt brutal du liquide de contraste au niveau de l'ampoule de Vater avec image en queue d'aronde révélant la présence d'un calcul enclavé de l'ampoule de Vater. Ouverture du cholédoque dilaté ; on découvre un calcul au niveau de l'ampoule de Vater qui est facilement extirpé.

OBSERVATION N° 9 -

Mme Mannouna B.A. a été opérée il y a deux d'un cancer du sein droit avec curage ganglionnaire. Elle a subi de plus de la radiothérapie post-opératoire. Elle se présente à nous parce que depuis vingt jours est apparu un ictere qui s'est rapidement compliqué d'une ascite et d'une altération importante de l'état général. A l'examen, elle présente un foie augmenté de volume, d'une dureté ligneuse, débordant de quatre travers de doigt le rebord costal. A la palpation, le bord inférieur est dur et tranchant.

Laboratoire : L'électrophorèse nous montre une hypoalbuminémie. Une hypoglobulinémie alpha 2 et une hyperglobulinémie alpha 1, bêta et gamma.

L'hémogramme nous montre une anémie assez importante.

Le compte rendu péritonéoscopique est le suivant : Présence d'une importante ascite. Le foie est énorme, le bord inférieur n'est pas tranchant mais globuleux, sa consistance n'est

pas d'une dureté ligneuse. Sa coloration est rouge chamois, il est truffé de nodules métastatiques blancs, de taille variable, dont le diamètre est compris entre 1 et 5 cm.

Le diagnostic laparoscopique est celui de néoplasme secondaire du foie.

On pratique la biopsie d'un nodule sous le contrôle de la péritonéoscopie. Le compte rendu de la biopsie est le suivant :

Les fragments envoyés à l'examen ne contiennent que des traces de parenchyme hépatique dont les cellules sont en surcharge graisseuse et le stroma en réaction fibreuse. Le reste du fragment est largement infiltré par des cellules épithéliomateuses organisées en travées et en boyaux. On note de nombreuses monstruosités nucléaires.

Il s'agit d'une métastase hépatique d'un épithélioma atypique du sein.

OBSERVATION N° 10 -

Il s'agit de Monsieur Hedi B.A. âgé de 30 ans qui présente depuis 4 mois : un oedème discret des membres inférieurs, un abdomen ballonné avec une lame d'ascite, une grosse rate et un foie légèrement augmenté de volume.

Laboratoire : Tests hépatiques : réaction de Mac Lagan 43 unités, réaction de Hanger légèrement positive, cholestérol total : 1,96 g.

Electrophorèse : Hypoalbuminémie importante à 23 %. Hyperglobulinémie alpha 1, hypoglobulinémie alpha 2 et bêta 1 et surtout une hypoglobulinémie gamma à 51 %.

Cliniquement, le diagnostic est celui d'une cirrhose.

La péritonéoscopie nous donne le compte rendu suivant :

Foie augmenté de volume, surtout le lobe

droit, le bord inférieur est mousse, arrondi, couleur rose pâle. On ne voit pas la vésicule cachée par ce gros lobe droit. Des adhérences relient la paroi à la face antérieure du foie.

.. Grosse rate bleutée recouverte d'une capsulite graisseuse.

... Diagnostic péritonoscopique : Foie normal ressemblant plus à un foie de surcharge graisseuse.

II.- CAS OU LA PERITONEOSCOPIE A ETE D'UNE UTILITE CERTAINE.

En effet, dans les observations qui vont suivre, nous avons des cas où la clinique n'avait aucun diagnostic à proposer, des cas où la clinique restait hésitante et des cas où la clinique a été infirmée par la péritonéoscopie.

a) Cas où la clinique n'avait aucun diagnostic à proposer.

OBSERVATION N° 11 -

Monsieur Djemaïli B.H. présentait uniquement une grosse rate dont l'étiologie restait à découvrir. Toutes les investigations de laboratoire ont été faites sans aucun résultat. D'autre part, cliniquement, en dehors de la splénomégalie il n'existait aucun signe d'hypertension portale : pas d'hémorroïdes, pas d'ascite, pas de circulation collatérale abdominale.

On pratique alors la péritonéoscopie :

Pneumopéritoine créé à droite à causé de l'énorme rate. Il existe d'abondantes adhérences qui relient le lobe gauche du foie à la paroi expliquant la douleur à la création du pneumopéritoine. Le ligament rond s'insère complètement à droite d'un foie hypertrophié. La surface de celui-ci n'est pas régulière, elle est grenue, couleur rosée. On ne voit pas la vésicule. Le péritoine surtout au niveau du hile du foie est parcouru par une série de vaisseaux néoformés.

Le diagnostic laparoscopique est celui d'hypertension portale. Atrophie du lobe droit, avec hypertrophie du lobe gauche.

On décide alors la splénoportographie qui confirme le diagnostic : Pression 40 cm d'eau, arbre portal normal, hypertension portale chronique.

OBSERVATION N° 12 -

Monsieur Mohamed B.S. âgé d'une quarantaine d'années, entre dans le service pour une diarrhée aiguë. Au cours de l'examen systématique, la palpation révèle dans l'hypocondre droit, une masse profonde, rénittente. Cette masse était ignorée du malade qui ne ressentait aucune gêne, ni aucune douleur. On pratique une radiographie de l'estomac qui montre un organe sain avec cependant une petite courbure refoulée latéralement par la masse. Par ailleurs, le laboratoire restait muet : Hémogramme normal, pas d'éosinophilie, réaction de Casoni négative.

La péritonéoscopie est pratiquée : On tombe sur une masse lisse, rénittente, assez vascularisée, énorme, de la taille d'un melon qui soulève le lobe gauche du foie qui est couvert d'une capsulite de couleur blanchâtre. Le lobe droit est également de la même consistance que le lobe gauche.

Diagnostic : Masse kystique de la face inférieure du foie refoulant le foie vers le haut. On dirige le malade en chirurgie.

OBSERVATION N° 13 -

Monsieur Brahim B.A.B.H. vient nous voir, parce que, dit-il, depuis un mois et demi est apparue une masse tumorale au niveau de l'hypocondre droit. Il était difficile d'apprécier s'il s'agissait d'un gros rein, d'un gros foie, ou simplement d'une masse indépendante de l'un et l'autre organe. Dans l'anamnèse, rien qui pouvait nous faire pencher pour une affection rénale ou hépatique. Le laboratoire n'était pas plus éloquent que la clinique. Simplement une légère anémie.

La péritonéoscopie est pratiquée : Facile. Il s'agit d'un gros foie. Le lobe droit aussi bien sur sa face inférieure que supérieure est parsemé de nodules blanchâtres, avec ombilica-

tion, implantés sur du tissu hépatique d'apparence normale.

A la face inférieure du lobe droit, il existe une masse polylobée hypervascularisée qui repousse en dehors de la vésicule.

Il s'agit d'un cancer métastatique du foie.

OBSERVATION N° 14 -

Madame Fathma B.D., âgée de 30 ans environ, nous vient pour : ascite apparue à la suite d'un ictère il y a plusieurs mois. Cette ascite a disparu et réapparue à plusieurs reprises. L'examen nous montre que l'ascite est libre, et qu'il existe une circulation collatérale. Le foie et la rate sont de volume normal.

Laboratoire : une cuti-réaction faiblement positive. Une vitesse de sédimentation légèrement accélérée. Les tests hépatiques contradictoires : réaction de Mac Lagan 43 unités, réaction de Hanger négative. Cholestérol total à 1,90 g.

L'électrophorese indique une chute importante des albumines avec une hyperglobulinémie alpha 2 et gamma. Liquide d'ascite : albumine 10 g. Rivalta négatif.

Le diagnostic clinique est celui de cirrhose du foie.

Nous pratiquons la péritonéoscopie :

Il reste encore de l'ascite qui est évacuée.

- 1) Le foie est atrophique de couleur rose pâle, lisse, de consistance très ferme.
 - La vésicule déborde le lobe droit.
 - Quelques granulations péritonéales.
- 2) Au niveau du lobe gauche, deux grosses bulles le long du bord inférieur.

Diagnostic laparoscopique : Cirrhose atrophique, avec association d'une tuberculose péritonéale. Dans ce cas la péritonéoscopie a servi

non seulement à confirmer le diagnostic de cirrhose mais encore à montrer l'association d'une tuberculose péritonéale insoupçonnable cliniquement. Ceci nous a permis de traiter en même temps sa tuberculose et sa cirrhose.

OBSERVATION N° 15 -

Madame Tijania B.M.B.S., âgée de 45 ans, est une ancienne syphilitique, traitée il y a dix ans. Elle présente une perforation du voile du palais cicatricielle. Elle est envoyée par son médecin à l'hôpital pour hémoptysies.

A l'examen, nous ne trouvons rien aux poumons si ce n'est des hiles chargés à la radiographie, par contre elle présente une ascite assez abondante et un foie un peu augmenté de volume.

Laboratoire : Les tests sérologiques sont très fortement positifs (Kahn +++, Debains +++, VDRL +++). L'hémogramme banal montre une légère anémie. Le liquide d'ascite est blanchâtre et la réaction de Rivalta est négative. Les tests hépatiques sont à peine perturbés. L'électrophorèse indique une hypoglobulinémie gamma.

Cliniquement, il semble que ce soit une cirrhose.

La péritonéoscopie va ici nous confirmer le diagnostic et de plus nous montrer l'existence d'un foie ficelé syphilitique que l'examen clinique n'avait pu déceler. En effet, le compte rendu est le suivant :

- Foie augmenté de volume, surtout au niveau du lobe gauche, cirrhotique, valloné, de couleur grisâtre.
- Le lobe droit est atrophié, un peu ficelé, laissant dépasser une grosse vésicule flasque, blanche, atone.
- Pas de granulation sur le péritoine.

Diagnostic péritonéoscopique : Ascite cirrhotique avec association d'un foie ficelé syphilitique.

b) Cas où la clinique restait hésitante.

OBSERVATION N° 16 -

Madame Dalila B.M., âgée de 25 ans, nous est envoyée par son médecin avec le diagnostic de péricardite constrictive. C'est une jeune femme qui se présente à nous pâle, légèrement cyanosée et dyspnéique avec une ascite importante. La malade nous dit avoir eu une ascite il y a cinq ans qui, après deux ans d'évolution, aurait régressé. Nouvel épisode il y a 2 mois ayant débuté avec frissons et fièvre.

L'examen clinique nous révèle quelques petits râles disséminés aux deux bases pulmonaires, un foie augmenté de volume, douloureux, dur, une circulation collatérale sus-ombilicale et thoracique. Par ailleurs, rien d'autre à signaler. Les bruits du cœur sont bien frappés, aucun souffle cardiaque, pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'ictère, ni même de subictère. La pression veineuse, la malade allongée, est de 11 cm d'eau au tube en U.

Le laboratoire et les examens paracliniques nous apportent les éléments suivants :

L'électrocardiogramme ne montre aucun signe de péricardite. La radiographie du thorax ne signale que des hiles un peu chargés ; la silhouette cardiaque est normale. La cuti-réaction est positive, la vitesse de sédimentation est accélérée, 24 mm pour la première heure, 64 mm pour la deuxième heure. Le liquide d'ascite est jaune citrin, contenant quelques lymphocytes et quelques globules rouges. Absence de microbes. Il contient 12 g d'albumine par litre et la réaction de Rivalta est positive ; il s'agit d'un exsudat. Le cholestérol est à 2,13 g. Seul le taux de prothrombine était abaissé et aurait pu nous orienter vers une insuffisance hépatique

chronique. Donc cliniquement le diagnostic de
péricardite constrictive est rejeté et nous
nous arrêtons au diagnostic de péritonite tu-
berculeuse.

La malade est mise au traitement, strepto-
mycine un gramme par jour, rimifon, P.A.S.; au
bout d'un mois, nous n'observons aucun résul-
tat. Nous pratiquons alors l'électrophorèse
qui nous décèle une hypoalbuminémie et une
hyperglobulinémie gamma. Les tests hépatiques,
sont les suivants : réaction de Mac Lagan 38
unités, réaction de Hanger très positive.

Avant d'abandonner le traitement antituber-
culeux, nous décidons de faire une péritonéo-
scopie qui nous répond :

Foie légèrement augmenté de volume, l'aspect
est celui d'un foie cirrhotique, grisâtre, ma-
melonné. Une ponction biopsique est pratiquée
sous le contrôle de la péritonéoscopie.

Cirrhose annulaire bi-veineuse semblant avan-
cée dans son évolution avec anneaux de scléro-
se dense peu inflammatoire, qui s'insinue par-
fois entre les travées de parenchyme restant.
Par ailleurs, stéatose modérée ainsi que quel-
ques images de dégénérescence cellulaire. Ab-
sence de signes histologiques de malignité ou
d'affection spécifique.

La malade est alors mise au cortancyl et aux
protecteurs de la cellule hépatique. Au bout
de 3 semaines de traitement la malade allait
déjà beaucoup mieux.

OBSERVATION N° 17 -

Dans le service de médecine, nous recevons
Madame Mabrouka B.M., âgée de 30 ans qui se
plaint depuis trois mois de douleurs de la fos-
sée iliaque gauche irradiant dans tout l'abdomen
et aux lombes. Elle présentait également une
leucorrhée abondante depuis trois mois.

La palpation profonde de la fosse iliaque

gauche nous faisait sentir avec beaucoup de difficulté une masse oblongue, régulière, peu mobile, dure. Nous pratiquons un toucher vaginal : à bout de doigt, nous touchons la masse. Pensant à une histoire génitale, nous transférons la malade en gynécologie. Les gynécologues ont bien voulu nous communiquer les résultats de leur examen.

Au toucher vaginal, ils ont fait les constatations suivantes : utérus de volume normal, à droite masse ovarienne, mobile, nette. A gauche, on sent une petite masse mobile qui est l'ovaire. Plus haut et presque sur la ligne médiane, une masse oblongue, noduleuse, peu mobile. Il semble qu'il existe une solution de continuité entre la masse et les annexes.

En conclusion, il s'agirait d'une masse extra-génitale.

Cependant, eux-mêmes nous proposent de pratiquer sur cette malade une péritonéoscopie :

La voie d'abord para-ombilicale droite. On place la malade en Trendelenbourg.

On tombe sur un utérus que l'on voit nettement, l'ovaire droit est distinct ainsi que les annexes.

A gauche, l'ovaire est refoûlé par une masse dure, ligneuse, régulière, nettement rétropéritonéale, d'origine extragénitale. Des radiographies de la colonne vertébrale sont pratiquées qui montrent une masse para-vertébrale. Malheureusement la malade avait demandé à sortir et nous l'avons perdue de vue.

OBSERVATION N° 18 -

Monsieur Amar B.M. entre à l'hôpital pour des douleurs de l'hypocondre droit qu'il ressent depuis une vingtaine de jours, des épistaxis fréquentes tous les matins depuis quinze jours et une température aux environs de 38° également depuis 15 jours. A l'examen, nous trouvons un ventre augmenté de volume. Le reste de l'examen clinique est négatif. Le laboratoi-

re et les examens paracliniques nous donnent les renseignements suivants :

Hémogramme : leucocytose à 14.000 avec polynucléose. L'examen des selles ne montre pas de parasites. L'O.R.L. nous répond : taches vasculaires croûteuses. Cholestérol : 1,80 g, taux de prothrombine 90 %. Tests hépatiques contradictoires : réaction de Hanger positive, réaction de Mac Lagan négative.

Nous pensons à une hépatite amibienne et nous mettons le malade au traitement. Nous n'obtenons aucun résultat, la fièvre baisse mais le foie reste gros et douloureux.

Nous pratiquons alors une première péritonéoscopie :

Foie débordant peu, de consistance plus ferme que d'habitude. Pas de néoformation. On arrive difficilement à soulever l'auvent pariétal au-dessus du foie. La surface du foie est vallonée.

Diagnostic laparoscopique : processus de sclérose parenchymateuse.

Une ponction biopsique est pratiquée : sclérose diffuse et intense morcelant le parenchyme hépatique en îlots de taille variable. Pas de lésions tumorales malignes.

Entre temps une électrophorèse est pratiquée qui nous montre une hypoalbuminémie à 39 %, une hyperglobulinémie bêta 1, bêta 2 et gamma.

Le malade est alors mis au cortancyl et aux protecteurs hépatiques pendant quinze jours.

Une deuxième péritonéoscopie est pratiquée :

On tombe tout de suite sur la face inférieure du lobe droit du foie qui est nettement hypertrophié. Même consistance que la dernière fois. La vésicule cette fois est bien visible, elle est hypervascularisée. Macroscopiquement, il ne semble pas qu'il y ait eu d'amélioration.

On pratique une seconde ponction biopsique du foie. Malheureusement le compte rendu a été égaré.

c) Cas où la péritonéoscopie a infirmé
le diagnostic clinique.

OBSERVATION N° 19 -

Il s'agit de Monsieur Abdallah B.A. âgé de 60 ans qui nous est envoyé par son médecin avec le diagnostic d'ictère grave avec suspicion de néoplasme du foie. L'ictère était apparu depuis plus d'un mois et était allé en s'accroissant. Le malade avait énormément maigri et se présentait à nous très asthénique. Il accusait des douleurs épigastriques violentes. Les selles étaient décolorées, les urines foncées.

L'examen montrait un angiome stellaire de la joue droite, une ascite abondante, un foie augmenté de volume, surtout le lobe gauche, bosselé, irrégulier, d'une dureté ligneuse, avec un bord inférieur tranchant.

Le laboratoire : Hémogramme : G.R. 3.200.000, G.B. : 8.000. Liquide d'ascite : réaction de Rivalta négative, les tests hépatiques muets.

Devant le tableau, nous portons le diagnostic de néoplasme du foie. Nous pratiquons une péritonéoscopie :

Foie de couleur verdâtre, avec un bord inférieur tranchant, bosselé. Aucune néoformation visible.

Diagnostic laparoscopique : cirrhose mésenchymateuse.

Nous mettons le malade au traitement et nous avons la surprise agréable de le voir petit à petit remonter la pente et de voir son ictère décroître.

OBSERVATION N° 20 -

Monsieur Mohamed B.H.Z. âgé de 66 ans vient dans le service pour un ictère apparu il y a deux mois sans fièvre ni douleur. Pas d'antécédents hépatiques. Le sujet est très maigre. il a un gros foie dépassant de trois travers de doigt le rebord costal, légèrement douloureux. La vésicule n'est pas perçue. Les selles sont décolorées et les urines foncées. L'ictère n'est pas passé par des périodes de régression.

Le laboratoire : Cholestérine totale par litre de sérum : 2,50 g. Cholestérine esthérifiée 1,50 g. Réaction de Hanger négative, réaction de Mac Lagan à 4 unités. Taux de prothrombine à 44 %. Hémogramme G.R. : 3.900.00, G.B. : 9.600.

Là aussi nous étions en droit de penser à un ictère par rétention dû à un cancer de la tête du pancréas.

La péritonéoscopie allait nous prouver le contraire : gros foie dur, jaune sombre, surtout au niveau du lobe droit. Pas de granulations, pas de métastases. La vésicule n'est pas perçue. Le bord inférieur n'est ni dur ni tranchant.

Diagnostic laparoscopique : Hépatite ictérique (Ictère prolongé).

OBSERVATION N° 21 -

Madame Fatma B. H... âgée de 30 ans présente depuis un mois une grande asthénie. Nous avons devant nous une femme très pâle, très anémiée, ictérique. L'examen révèle une très grosse rate descendant au-dessous de l'ombilic, un gros foie. Pas d'ascite décelable cliniquement. Aux poumons quelques râles humides des deux bases.

Laboratoire et examens paracliniques : L'hémogramme nous montre une très forte anémie :

G.R. : 2.200.000, C.B. : 7.200. Nous pratiquons un examen de selles : présence d'amibes dysentériques (formes végétatives et kystes).

La malade est mise au Bemarsal. Il restait à expliquer l'ictère et le gros foie. Nous pratiquons les tests hépatiques : cholestérol 1,80 g. Réaction de Mac Lagan 24 unités. Réaction de Hanger faiblement positive. L'électrophorèse est normale.

Nous pensions à une hépatite et nous pratiquons la péritonéoscopie :

Légère ascite, gros foie de consistance et de couleur normales avec des taches de bougie blanchâtres, surélevées, ayant un diamètre de un-demi centimètre environ. Sur le péritoine des granulations blanchâtres.

Diagnostic : tuberculose péritonéale.

Nous faisons alors une vitesse de sédimentation qui se montre très accélérée : 75 - 103 - 114.

La radiographie pulmonaire décèle une opacité non homogène, diffuse, parahilaire droite.

La malade est mise au traitement, streptomycine, P.A.S., Rimifon, nous assistons à une reprise de l'état général, à la régression de l'ictère. Nous dirigeons ensuite la malade sur un centre spécialisé.

IV.- CAS OU LA PERITONEOSCOPIE RESTE HESITANTE.

OBSERVATION N° 22 -

Madame Aïcha B.S.S. âgée de 56 ans vient nous voir parce qu'elle ressent une masse dans l'hypocondre droit, masse qui est apparue depuis 3 ans. Depuis deux mois et demi, son ventre a augmenté de volume. Dans les antécédents, on retrouve un ictère. A l'examen une ascite libre, une circulation collatérale, un gros foie dur dont le lobe droit descend jusque dans la fosse iliaque et séparée du foie une masse arrondie, régulière, assez dure, de la grosseur d'une orange.

Laboratoire : Electrophorèse normale. Réaction de Mac Lagan 12, Cholestérol 2,13 g, réaction de Hanger négative. Le liquide d'ascite est clair montrant quelques lymphocytes et quelques cellules endothéliales. Albumine : 4,50 g, réaction de Rivalta négative, type transsudat.

Malgré la négativité de la réaction de Casoni, nous pensons qu'il s'agit d'un kyste hydatique, nous pratiquons une première péritonéoscopie :

Le lobe droit submergé par l'ascite n'a pu être vu. Le lobe gauche présente au niveau de son bord inférieur et sur sa face inférieure de petites formations kystiques translucides avoisinant avec des granulations de la taille d'un grain de millet et d'autres plus grosses. Le foie est de couleur gris-pâle.

La masse que l'on sentait à la palpation n'ayant pu être vue, on pratique quelques jours plus tard une deuxième péritonéoscopie :

1) Le lobe droit est soulevé par une masse kystique de la taille d'une grosse orange écartant vers le dedans la vésicule qui est normale.

Le foie de couleur blanc rosé présente en aval

de la masse kystique une espèce de bourgeonnement en forme de cratère de la taille d'un verre de montre, très douloureux. Est-ce un nodule de régénérescence ou un nodule métastatique ?

Derrière ce nodule se trouve une masse kystique arrondie qui correspond à la masse que l'on palpe.

2) Le lobe gauche granité, de couleur grisâtre, présente des granulations et des bosselures typiques de cirrhose atrophique.

En conclusion : masse kystique et masse en forme de cratère plutôt métaplasique.

La malade est dirigée en chirurgie où elle est opérée. A l'intervention, on découvre une masse kystique et une tumeur du foie qui paraît être primitive. On pratique une biopsie de la tumeur.

OBSERVATION N° 23 -

Mohamed B.A., âgé de 50 ans, se plaint depuis deux ans de douleurs de l'hypocondre droit, d'une asthénie et d'un amaigrissement importants. L'examen découvre un ventre ballonné avec de l'ascite dont la ponction révèle un liquide légèrement hémorragique. Le foie est augmenté de volume, dur, douloureux. Le malade a de plus un léger oedème des membres inférieurs. Pas d'ictère dans les antécédents.

Le laboratoire : Cholestérol 2,13 g. Réaction de Mac Lagan 102. Hémogramme : G.R. : 4.100.000, G.B. : 6.200. Electrophorèse : hypoalbuminémie à 40 %. Hyperglobulinémie surtout gamma 33 %. Les réactions sérologiques sont très positives: Debains +++, Kahn +++, V D R L +++. Nous pensons cliniquement à un cancer du foie.

Nous pratiquons la laparoscopie dans l'espoir de voir le néoplasme. Le compte rendu laparoscopique est le suivant :

Gros lobe droit rosé avec un petit sinus blanchâtre au bord inférieur. Le lobe gauche est

absolument du même type.

L'impression laparoscopique est celle d'un foie ficelé d'origine syphilitique ou celle d'une cirrhose à double étiologie. Ici la péritonéoscopie n'a servi qu'à soulever une hypothèse de plus.

OBSERVATION N° 24 -

Madame Hafsia.. 65 ans, présente un subictère depuis trois mois avec asthénie, anorexie, amaigrissement. Depuis le début elle souffre de son hypocondre droit. Elle n'a pas de température. La palpation révèle une masse dure de l'hypocondre droit, douloureuse.

Compte rendu péritonéoscopique :

L'aspect du lobe gauche est vallonné, de couleur rose pâle, sans aucune granulation ou néoformation. Par contre le lobe droit est complètement transformé. En poussant le péritonéoscope jusqu'au bout on trouve un foie de consistance ferme, rosé, identique au lobe gauche, mais parsemé de granulations blanchâtres entourées d'un halo rougeâtre. En retirant le péritonéoscope on voit ce foie normal céder la place à une masse nacréée blanche, très dure, non implantée dans du tissu sain.

La péritonéoscopie ici est encore hésitante et propose deux diagnostics:

- 1) En faveur du cancer secondaire du foie
 - Existence de granulations blanchâtres
 - La transformation du bord inférieur du foie
 - La consistance très dure
- 2) En faveur du kyste
 - L'aspect lisse et régulier de la masse

OBSERVATION N° 25

Madame Aziza B. A. entre à l'hôpital pour splénomégalie très importante. L'examen ne donnait aucun autre renseignement. La recherche

d'hématozoaires était négative, l'hémogramme montrait une légère anémie, rien de plus, la ponction sternale écartait l'hypothèse d'une hémopathie. Dans les antécédents une crise palustre 7 mois avant. La péritonéoscopie allait peut-être nous apporter un renseignement utile ; le compte rendu laparoscopique est le suivant :

Foie absolument normal, de volume et de couleur. Sa surface ne présente aucune particularité, la vésicule est normale. Pas de granulations. La rate a perdu son aspect habituel, elle n'a pas d'échancrure elle est recouverte dans sa moyenne partie d'une capsule qui lui donne une couleur blanche laiteuse avec une vascularisation importante. Seul le pôle inférieur est sain.

La péritonéoscopie ne nous ayant été d'aucun secours on met le malade au traitement d'épreuve antipaludéen.

V.- CAS OU LA PERITONEOSCOPIE
A CONTRIBUE A INDUIRE EN ERREUR LE MEDECIN

OBSERVATION N° 26 -

Monsieur Sadok B.S.B.M. âgé de 35 ans entre dans notre service pour ascite fébrile depuis deux mois. Le malade a maigri. A l'examen : ascite libre, circulation collatérale à la base du poumon gauche, matité et abolition des vibrations vocales.

Laboratoire et examens paracliniques :

Vitesse de sédimentation accélérée : 20,40, 50. Liquide d'ascite : albumine 14 g, réaction de Rivalta positive, exsudat. Tests hépatiques: cholestérol total 1,50 g, cholestérol estérifié 0,99, réaction de Mac Lagan 4. Electrophorèse: hyperglobulinémie, alpha 1 et alpha 2, hyperglobulinémie bêta.

Une première péritonéoscopie allait nous induire en erreur en effet le compte rendu en est le suivant : Péritonéoscopie facile, on voit le lobe droit du foie de couleur grenade, lisse, régulier, son bord inférieur mousse paraît atrophié. On ne voit pas le lobe gauche qui est recouvert de capsulité ainsi que la rate. Granulations petites et brillantes disséminées sur le péritoine. Diagnostic probable :

Tuberculose péritonéale. Le malade est mis au traitement streptomycine, rimifon, P.A.S. pendant près d'un mois sans résultat.

Le malade se plaignant de son creux épigastrique attire notre attention sur l'estomac. On pratique une radiographie gastrique qui nous montre une image nette d'un cancer de l'estomac avec rigidité de la petite courbure.

On pratique alors une deuxième péritonéoscopie.

Présence d'ascite dans la cavité péritonéale.

On ne peut voir que le lobe droit du foie qui est absolument sain, de consistance et de couleur normales. La vésicule est bleutée. Par contre l'épigastre et toute la région à gauche du ligament rond sont occupés par un magma tissulaire avec des adhérences qu'il est difficile de dissocier.

Il existe deux granulations blanches en taches de sang sur le péritoine pariétal. S'agit-il d'une métastase néoplasique ou tuberculeuse?

On confie le malade aux chirurgiens qui nous répondent qu'il s'agit d'un cancer généralisé du péritoine à point de départ gastrique.

Ici la péritonéoscopie nous a induit en erreur une première fois et s'est montrée réitérante une deuxième fois. On aurait pu faire ici une ponction biopsique mais elle n'a pas été pratiquée.

OBSERVATION N° 27 -

Monsieur Bartholoméo L., 75 ans, se plaint depuis trois mois de douleurs du flanc droit. Depuis un mois, apparition d'un ictère, qui ne fut précédé ni accompagné d'aucun symptôme particulier : pas de fièvre, pas de prurit, pas de recrudescence des douleurs. Les selles sont décolorées, les urines foncées, le malade accuse maintenant peu de prurit et dit avoir un peu maigri.

A l'examen il présente un ictère foncé, une grosse rate de consistance accrue, une légère hépatomégalie avec un lobe droit douloureux. Il semble bien qu'il existe une vésicule biliaire palpable, rénitente, non douloureuse.

Le laboratoire : Cholestérol : 2,32 g.
Réaction de Mac Lagan 6.

Cliniquement nous portons le diagnostic d'ictère par rétention dû à un néoplasme de la tête du pancréas.

Nous pratiquons la péritonéoscopie :

Elle est facile. On se trouve en présence d'un

gros foie de consistance très ferme de couleur vert foncé de cholostase. Ce que l'on prenait pour une vésicule à la palpation n'est rien d'autre qu'un lobe surnuméraire. Pas de métastase.

Diagnostic laparoscopique :

Foie de cholostase. L'absence de vésicule élimine le néoplasme de la tête du pancréas. Il y a 75 % de chances pour que ce soit un néo du hile et 25 % de chances pour qu'il s'agisse d'une lithiasse.

On confie le malade aux chirurgiens qui nous envoient le compte rendu opératoire suivant :

Incision paramédiane droite. On est en présence d'une vésicule énorme remplie de bile sous tension. L'exploration montre qu'il existe un cancer de la tête du pancréas, mais encore mobile.

Ici, la péritonéoscopie nous a franchement induit en erreur en prenant la vésicule pour un lobe surnuméraire du foie. Cependant, la conséquence n'a pas été désastreuse du fait que nous avons quand même confié le malade aux chirurgiens.

OBSERVATION N° 28 -

Il s'agit de Madame Habiba B.H.C. qui se présente à nous pour un ictère fébrile apparu il y a un mois après une période prodromique d'une semaine, où la malade se plaignait d'asthénie, d'anorexie et de pesanteur à l'épigastre. Elle a accusé un prurit préictérique.

A l'examen, elle a un gros foie, non douloureux. On ne sent pas la vésicule.

Le laboratoire : Les tests hépatiques sont perturbés : cholestérol total très abaissé à 0,93 g, cholestérol esthérifié 0,70 g. Réaction de Mac Lagan 61, bilirubine 38 mg.

Le diagnostic porté par la clinique est celui d'ictère par hépatite.

La péritonéoscopie n'est pas du même avis, en effet ;

Gros foie de couleur brune, tacheté de vert (mouchetures). Le lobe droit laisse à découvert une vésicule tendue de couleur verdâtre.

En conclusion, il s'agit d'un foie de cholestase, d'un ictère par rétention.

Nous transférons la malade en chirurgie où les chirurgiens ont la surprise de voir l'ictère régresser. Il s'agissait bien, comme le voulait la clinique, d'un ictère par hépatite.

DISCUSSION

-:-

I.- LES AVANTAGES DE LA PERITONEOSCOPIE.

- Avant tout la péritonéoscopie est une méthode indolore. On pratique une anesthésie locale à la novocaïne aux endroits où doivent être introduits le trocart de Kuss et le laparoscope. Cette anesthésie devra être minutieuse et pratiquée plan par plan. Une fois l'anesthésie faite, le malade ne doit plus ressentir aucune douleur. Quelquefois, c'est au moment de la création du pneumopéritoine que le patient ressent quelques tiraillements et une gêne modérée projetée dans la région dorsale et les épaules. Au cours de toutes les péritonéoscopies que j'ai vu pratiquer, les malades n'ont eu qu'à vaincre une appréhension légitime avant l'anesthésie, mais jamais le patient n'a manifesté de mécontentement et toutes les fois que nous avons eu à répéter l'examen, les malades s'y sont soumis de bonne grâce et ne nous ont jamais opposé de refus.

- Aussitôt après la péritonéoscopie le malade peut se lever, regagner son lit ou son domicile par ses propres moyens. C'est donc une méthode ambulatoire qui ne nécessite pas l'hospitalisation et qui peut être pratiquée au cabinet du médecin ou du spécialiste.

- Elle ne nécessite aucune préparation médicamenteuse ou autre. En cas d'ascite, on aura eu soin quelques heures avant l'examen d'évacuer le liquide, pour ne pas avoir à le faire au moment de l'examen. Dans le cas où une ponction biopsique est prévue il sera de règle d'administrer quelques jours avant de la vitamine K.

- Toute l'opération depuis l'anesthésie du début jusqu'à la pose de l'agrafe peut être effectuée en une demi-heure. C'est donc un examen rapide.

Enfin ajoutons que la méthode ne coûte pratiquement rien dans un service hospitalier.

II.- LES ACCIDENTS ET INCIDENTS.

Une méthode pour indolore, rapide, ambulatoire, peu coûteuse qu'elle soit n'est pas une bonne méthode si elle présente des dangers. Or sur plus de cinquante péritonéoscopies que nous avons effectuées dans le service, nous n'avons eu que trois petits ennuis sans conséquences:

- Le premier a été une légère hémorragie après une ponction biopsique, il s'agissait d'une vieille femme qui présentait un cancer du foie. L'hémorragie a été vite jugulée par l'administration de vitamine K1.

- Une deuxième fois la mauvaise fermeture de l'orifice d'introduction du péritonéoscope a permis la sortie d'un peu dépiploon. Ceci a été très vite réparé.

- Enfin une troisième fois nous avons pu constater un léger écoulement du liquide d'ascite par l'orifice d'introduction du péritonéoscope, là aussi la cause en était la mauvaise fermeture de cet orifice.

Jamais nos malades n'ont fait d'infection, jamais nous n'avons eu d'accidents dramatiques comme celui que rapporte la "Revue du Praticien" du 11 avril 1956, dont voici l'observation :

"Un malade est hospitalisé pour opacités pulmonaires suspectes : on lui découvre une dilatation des bronches prédominant sur le lobe inférieur droit. Le traitement tonicardiaque est prescrit. Le hasard du sort veut qu'une exploration biologique systématique montre de grosses perturbations des tests hépatiques. Une exploration directe par laparoscopie est décidée, après novocaïnisation pariétale dans

le quadrant supérieur droit de l'abdomen. Le trocart est enfoncé une première fois puis retiré en raison d'une résistance anormale. L'aiguille en place, on commence l'insufflation gazeuse. Au vingtième cc, le patient se redresse, pâlit, puis s'écroule.

L'autopsie est pratiquée dans les deux heures qui suivent, et pensant à une embolie gazeuse, on pratiqué tout d'abord un volet thoracique : l'artère pulmonaire n'est ouverte que sous l'eau et laisse échapper des bulles gazeuses. Le ventricule droit contient de l'air aussi.

L'examen de l'abdomen montre une blessure hépatique : le foie débordait largement le rebord costal mais recouvert par des anses grêles n'avait pas été perçu. L'aiguille avait pénétré dans le parenchyme et l'extrémité s'était arrêtée dans un tronc veineux."

"Un cas analogue avait été signalé par un auteur anglais, JENSTROM en 1951. L'auteur en rapporte un second, survenu avant la publication de l'article, tous dans les mêmes conditions. De conclure à la prudence dans la pratique de cet examen et d'envisager la ponction à un autre endroit pour éviter le foie".

Or nous pouvons facilement éviter cet écueil en introduisant le péritonéoscope comme CAROLI le recommande dans la zone sous-ombilicale à 2 cm de l'ombilic. D'autre part, la porte d'entrée peut être modifiée à volonté selon le volume du foie et de la vésicule. Il est bien certain que l'insufflation ne doit commencer qu'après s'être assuré que l'on est bien dans la cavité péritonéale.

CAROLI, après 175 explorations, ne signale aucun accident et nous dit bien que c'est une méthode bénigne.

III.- INDICATIONS ET CONTRINDICATIONS

D'ailleurs il est évident que pour bien conduire une méthode d'investigation il faut en connaître parfaitement les indications et surtout les contrindications pour ne pas s'exposer à des déboires. Nous emprunterons à KALK la liste de ces indications et contrindications.

a) Tout d'abord les malades avec ascite ne présentent aucune contrindication à la laparoscopie qui permet le diagnostic entre :

- cirrhose hépatique
- cirrhose cardiaque
- atrophie à gros nodules
- ensemencement péritonéal :
 - . carcinome latent
 - . péritonite tuberculeuse.

b) Les malades sans ascite.

1 Les contrindications sont les suivantes :

- Affections inflammatoires aiguës abdominales ou péritonéales, à cause du danger d'extension du processus infectieux.
- La présence d'adhérences chez les laparotomisés de l'étage supérieur de l'abdomen et chez ceux qui ont des antécédents de péritonite tuberculeuse, à cause du danger de perforation intestinale.
- Dans la décompensation circulatoire sans ascite parce que les variations de pression liées au pneumopéritoine ne sont pas supportées.
- Hernie diaphragmatique : il y a là un danger de mort par étranglement des viscères abdominaux dans la hernie sous pression de l'air.
- Les hernies inguinales, ombilicales et épigastriques ne sont pas une contrindication absolue, car on peut souvent empêcher la fuite de l'air dans la hernie par un bandage.

- Sujets jeunes à paroi abdominale tendue.

2 Les indications sont assez nombreuses :

- Les affections douteuses du péritoine
 - tuberculose péritonéale
 - carcinose péritonéale
 - polysérite
- Affections du foie
- Affections vésiculaires
- Affections des voies biliaires : diagnostic des ictères
- Affections de la rate : splénomégalies, permet le diagnostic de thrombose de la veine splénique
- Affections gastriques, exceptionnellement tumeurs gastriques, recherche de métastases néoplasiques.
- Affections pancréatiques : tumeurs, kystes.
- Affections intestinales : tumeur douteuse, tuberculose intestinale.
- Affections gynécologiques : tumeurs, kystes.
- Tumeurs douteuses de l'abdomen . La péritonéoscopie combinée à la palpation précise l'origine et la nature.

IV.- LA PERITONEOSCOPIE DANS LES AFFECTIONS HEPATO-VESICULAIRES.

A.- Eléments d'appréciation à partir desquels la péritonéoscopie porte le diagnostic.

- Dans le diagnostic des ictères, deux organes nous donnent des renseignements utiles : le foie et la vésicule biliaire. La péritonéoscopie doit pouvoir apprécier le volume du foie, son aspect , sa couleur, sa consistance, sa position, sa mobilité à l'inspiration. Quant à la vésicule, la laparoscopie nous met en mesure de dire si elle est grosse ou petite, flasque ou sous tension, si elle présente des caractères inflammatoires ou non.

Tout d'abord, voyons les différents caractères du foie. La grosseur du foie est difficile

à apprécier par la laparoscopie. Cependant, on peut s'aider du ligament rond qui se présente normalement dans une gouttière de un à trois cm de profondeur. Si le ligament rond est situé directement sous le bord du foie, celui-ci est petit, si la gouttière est très profonde, le foie est gros. Le bord du foie est normalement moyennement tranchant, celui du petit foie est très tranchant, celui des cirrhoses devient une arête fibreuse, celui des gros foies est rond, celui des très gros foies semble masqué par le parenchyme qui le dépasse en dessus et en dessous.

La couleur, comme nous le verrons plus loin, a une grande importance. La couleur normale est brun vif. Un léger épaissement de la capsule lui donne une légère tendance vers le violet, un épaissement plus accentué de la capsule donne au foie une couleur brun clair ou brun gris. D'autre part, selon que nous aurons affaire à un foie de cholostase, la coloration sera verte ou à un foie d'hépatite, la coloration sera rouge vif. La consistance du foie est molle ; celle-ci peut se modifier. Le foie devient dur dans les cirrhoses et dans les néoplasmes. L'aspect également fournit au médecin des renseignements appréciables, la surface d'un foie normal est lisse, il n'y figure pas de dessins lobulaires ni de vaisseaux visibles. Enfin notons que le bord inférieur du foie se déplace modérément avec les mouvements respiratoires, lorsque le foie devient plus dur, le déplacement s'amplifie, le foie très fibreux reste immobile.

Voyons maintenant ce que nous apprend l'observation de la vésicule. La vésicule normale présente une paroi fine et transparente, le contour est régulier, elle a une couleur blanc vert, elle présente des rapports étroits avec les organes voisins. Parfois elle présente des anomalies de forme : coudure ou plicature au niveau du corps ou du fond de la vésicule.

B.- Les hépatites.

La laparoscopie dans les hépatites ictérigènes a un double intérêt diagnostique et pronostique. En effet, bien souvent, la clinique et le laboratoire restent hésitants et seule la péritonéoscopie vient nous apporter le diagnostic, nous pouvons faire évidemment une laparotomie exploratrice, mais il faudrait soumettre ces malades à une anesthésie générale avec tous les dangers que cela comporte chez de tels malades. D'autre part, la péritonéoscopie en nous faisant connaître le stade de l'hépatite nous permet de nous prononcer quant au pronostic. En nous montrant une atrophie jaune du foie, elle nous permet d'envisager une issue fatale ou bien elle peut, dans des cas plus heureux, mettre en évidence les résultats de notre thérapeutique. N'oublions pas non plus qu'elle peut dépister des cirrhoses latentes qui ne se manifestaient ni cliniquement ni biologiquement, dans nos observations, nous n'avons pas de tels cas, mais ils ont été cités.

Dans les hépatites, les éléments d'appréciation sont avant tout la couleur et l'aspect, secondairement le volume et l'état de la vésicule et des voies biliaires.

Le chromodiagnostic : les auteurs ne sont pas tout à fait d'accord sur ce point. Pour KALK, au début, dans le premier septénaire, la couleur est rouge vif. A des stades ultérieurs, la couleur rouge s'estompe et la teinte brune réapparaît mais avec un ton gris blanc dû à l'épaississement de la séreuse, aux modifications du parenchyme en rapport avec la dilatation des espaces périacineux. Pour CAROLI, dans les hépatites, la couleur du foie est ou bien normale, ou bien plus claire, blanchâtre quelle que soit la date de début de l'ictère. Dans nos observations, nous avons constaté un seul cas où la couleur était rouge vif (observation n° 7) dans les autres cas, la couleur était plus claire que normalement, rose pâle (observations n° 1,

n° 5). Au stade de cirrhose, nous avons pu constater que la couleur variait du rose clair (observations n° 3, n° 6, n° 14, n° 23) au blanc grisâtre (observations n° 15, n° 16) en passant par le jaune sombre (observation n° 20).

Nous voyons qu'il n'y a pas une couleur déterminée pour un stade déterminé. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que dans les hépatites, les couleurs que l'on peut voir sont le rouge vif, le rose pâle, et toute la gamme des blanc-gris. Cependant, presque à coup sûr nous pouvons dire qu'il ne s'agit pas d'un foie de cholostase lorsque la coloration n'est pas verte. L'inverse n'est pas vrai, puisque dans une de nos observations (observation n° 28) nous avons un gros foie de couleur brune tacheté de vert et il s'agissait d'une hépatite.

Donc la règle du chromodiagnostic peut être mise en défaut quelquefois, cependant pour la presque totalité des cas, elle a une valeur certaine.

Voyons maintenant les enseignements que l'on peut tirer de l'endoscopie de la vésicule biliaire et des voies biliaires dans les hépatites. KALK nous dit schématiquement ceci : "A l'acmé de l'hépatite la vésicule biliaire est souvent vide, atone, plissée, comme un doigtier affaissé, de couleur pâle avec une paroi transparente. Sa séreuse est normale au début, mais présente par la suite des dilatations vasculaires notables. Le non-remplissage de la vésicule étant dû :

- au fait que le foie enflammé ne sécrète plus suffisamment de bile,
- à une perturbation de son mécanisme nerveux.

A un deuxième stade, au stade de foie blanc, le foie ayant repris sa sécrétion biliaire, la vésicule

- devient, de vide, atone, pleine et paraît surdistendue comme une vésicule de stase.

- montre fréquemment sur sa séréuse une dilatation vasculaire,
- apparaît encore bleuâtre et transparente (son contenu est visible).
- par la suite, elle s'épaissit par des poussées d'hyperhémie.

A ce stade, il y a, outre une inflammation de la séréuse, une véritable inflammation de la paroi vésiculaire elle-même : développement d'une cholécystite qui sera responsable des douleurs vésiculaires persistant après la guérison de l'hépatite. Enfin, au stade de foie bosselé la vésicule est distendue et montre un épaississement croissant de sa paroi. Dans nos observations nous retrouvons dans un cas (observation n° 7) la vésicule flasque, atone, sillonnée de vaisseaux, de l'hépatite rouge dont parle KALK. Aux stades ultérieurs, la vésicule nous a paru normale (observations n° 14 - 16) ou augmentée de volume, distendue, blanche. Mais il faut bien dire que les enseignements que nous avons tirés de l'endoscopie de la vésicule biliaire et des voies biliaires au cours des hépatites ne sont pas très importants.

Enfin dans les hépatites ictérigènes, la laparoscopie peut nous montrer des séquelles et nous permet aussi de porter un pronostic. Evidemment, il existe toutes les formes de transition entre des aspects bénins et des aspects alarmants. Nous pouvons dire schématiquement que :

- 1)- La conservation relative du volume du foie qui est soit normal soit légèrement hypertrophié
 - La conservation de la teinte normale,
 - L'absence d'accidents de surface, en dehors des vallonements légers, de fines ramures blanchâtres superficielles du dessin visible de la trame périlobulaire, d'une capsulite même, sont d'un pronostic favorable.
- 2)- Par contre :
 - L'existence d'un foie bosselé (observations n° 15 - n° 16 - n° 22) ou d'un foie scléro-

atrophique (observation n° 14).

- L'existence d'une coloration plus rose et plus pâle qu'à l'ordinaire sont des signes de gravité et assombrissent le pronostic.

C.- Les ictères par rétention

Dans les ictères par rétention, la laparoscopie pose le diagnostic en se basant sur le volume du foie d'une part et sur sa coloration, sur les accidents que l'on peut parfois constater sur la surface du foie.

a) Avant tout le chromodiagnostic :

- Dans les foies de cholostase, au cours des ictères mécaniques, la couleur est verte ou brune (suivant le stade d'oxydation de la bilirubine). D'autre part, la couleur est rarement uniforme, elle est généralement zonale, par plages foncées qui alternent avec des plages claires. Mais cette règle n'est pas toujours vérifiée, en effet des causes d'erreur peuvent exister :

1) La capsulite peut masquer la coloration du foie (observations n° 12 - n° 16), c'est en principe exceptionnel, car la capsulite n'enveloppe jamais entièrement le foie, mais se développe souvent par plages ou alors laisse paraître la couleur par transparence (observation n° 4).

2) Tous les ictères mécaniques ne s'accompagnent pas d'un foie vert "la règle du chromodiagnostic ne joue qu'en cas de cholémie forte". Cette couleur verte du foie est produite par la stagnation de la bilirubine qui, oxydée, se transforme en biliverdine.

3) Certaines hépatites ictérigènes aiguës ou chroniques ont une teinte verte ; les foies dystrophiques avec destruction cellulaire de longue durée sont aussi verts car il y a là aussi à la longue une oxydation de la bile, mais cette fois dans le tissu hépatique lui-même.

b) Le volume du foie est toujours plus ou moins augmenté de volume dans les ictères par rétention. Les signes qui permettent de juger de l'augmentation du volume du foie sont : l'augmentation de la profondeur du sillon interlobaire, l'épaississement du bord antérieur, l'apparition d'un lobe de Spiedel. C'est le plus souvent le lobe droit qui augmente le plus.

c) Enfin, les accidents que l'on peut rencontrer à la surface du foie sont aussi en faveur d'un foie de cholostase.

- L'ectasie variqueuse des vasa aberrantia, c'est un signe propre à certaines cholostases mécaniques. Ils ont l'aspect de boursofflures translucides, allongées, sinueuses, accolées les unes aux autres, pouvant atteindre des calibres considérables. En général, la couleur n'est pas verte, mais translucide car la bile qu'ils contiennent est une bile blanche. Dans nos observations, nous ne les avons jamais rencontrés. CAROLI ne les a observés que dans les sténoses cancéreuses siégeant dans le hile du foie.

- Des nodules cancéreux secondaires émergeant sur un foie de cholostase. Ces nodules ayant pu échapper à l'examen clinique contraindiquent formellement l'intervention. Voilà encore un exemple de l'intérêt diagnostique et pronostique de la péritonéoscopie.

Mais la grande force de la laparoscopie est d'apporter un élément d'appréciation supplémentaire dans le diagnostic différentiel entre ictère mécanique par lithiase et par néoplasme de la tête du pancréas. La péritonéoscopie permet l'application visuelle de la loi de COURVOISIER-TERRIER :

Premièrement : l'atrophie inflammatoire de la vésicule, en cas d'ictère par rétention, ne se rencontre que dans la maladie lithiasique (observation n° 8).

Deuxièmement : La présence d'une grosse vésicule à paroi bleutée, translucide et saine est presque toujours un signe de cancer du pancréas ou de l'ampoule de Vater (observations n° 4 et n° 27).

Cependant, une grosse vésicule, blanche, épaisse, lardacée, à vaisseaux congestifs est le plus souvent un signe de lithiase.

D.- Les néoplasmes du foie

La laparoscopie permet le diagnostic des cancers secondaires du foie en montrant à la surface du foie les nodules cancéreux. Ce sont des nodules blanchâtres, circulaires, faisant plus ou moins saillie à la face supérieure. Leur dimension est variable, selon l'âge de la lésion, allant de la taille d'une lentille à celle d'un nodule de 5 centimètres de diamètre.

Leur centre peut être creusé d'un cratère, leur base est entourée d'une zone congestive d'allure presque hémorragique. La caractéristique de ces nodules est que leur texture est nettement différente de celle du parenchyme avoisinant.

Ils ne sont jamais affectés par la teinte verte de la rétention biliaire, leur blancheur contraste d'une façon éclatante avec le reste du parenchyme (observations n° 2 - n° 9 - n° 13) ; quant aux cancers primitifs, ils se voient rarement sur un foie sain, ils se développent souvent sur un foie cirrhotique.

Le cancer secondaire du foie représente une des meilleures indications de la laparoscopie. Celle-ci permet de reconnaître facilement des métastases que la seule clinique ne permettrait pas de soupçonner et par là même de rendre inutile une intervention ou de faire prévoir une simple opération palliative ; parfois le diagnostic de visu n'est pas possible mais la

biopsie est facile, plus sûre qu'avec la ponction biopsie, car dirigée sur les points suspects.

La laparoscopie n'aurait que cette indication qu'elle mériterait sa place parmi les méthodes d'investigation.

E.- Les affections vésiculaires

Dans l'ensemble des affections des voies biliaires extra-hépatiques, seul le cancer de la vésicule appartient au domaine laparoscopique.

a) Les vésicules de stase : se voient le plus souvent quand il y a un trouble fonctionnel grave du foie :

- Hépatites chroniques à tous les stades
- Cirrhoses
- Grossesse.

Par l'étude de la paroi vésiculaire, de sa séreuse et de ses rapports avec les organes voisins, on pourra faire le diagnostic différentiel entre une vésicule de stase non inflammatoire et un hydrocholécyste inflammatoire, Dans l'hydrocholécyste, on trouve :

- un épaississement de la paroi,
- une rougeur inflammatoire de la paroi et de la séreuse,
- des adhérences aux organes voisins.

b) Les calculs vésiculaires

Ils ne sont pas visibles à cause de l'épaississement de la paroi. Ils peuvent se détecter quand il existe une rétraction de la vésicule : les contours de celle-ci deviennent irréguliers.

c) Carcinome de la vésicule

Si la palpation montre une tumeur de la région vésiculaire de consistance dure, caractéristique, il faut faire une laparoscopie.

- Dans les cas faciles,
 - Aspect tumoral de la paroi vésiculaire.
 - Tumeur dans la proximité immédiate de la vésicule, blanche et dure.
 - Métastases de voisinage.
- Dans les cas difficiles,
 - Carcinome sur inflammation chronique qui a provoqué des adhérences qui masquent la tumeur elle-même.

Malheureusement, je n'ai pu recueillir d'observations rapportant des cas de tumeurs de la vésicule.

F.- Foies syphilitiques et tuberculeux

Ici, ce n'est pas une indication à proprement parler, mais il s'agit d'une découverte d'examen. En effet, il n'existe pas de tuberculose du foie seule, elle fait souvent partie d'un tout (tuberculose péritonéale, tuberculose pulmonaire) (observation n° 21).

Dans le cas de tuberculose du foie, à côté des granulations péritonéales, nous trouvons :

- des granulations sur le foie, le plus souvent en taches de bougie,
- la ponction biopsique montre une miliaire.

Le foie syphilitique est aussi une découverte d'examen ; on le rencontre chez les syphilitiques avérés ; là l'impression visuelle est celle d'un foie ficelé, morcelé par des travées de sclérose, impression analogue à l'impression tactile de la palpation (observation n° 23).

V.- LA PERITENEOSCOPIE DANS LES HYPERTENSIONS PORTALES.

La péritonéoscopie peut nous rendre d'appréciables services tout d'abord dans le diagnostic d'hypertension portale alors que la clinique peut rester très discrète comme c'est le cas dans l'observation n° 11 où le seul renseignement clinique était une splénomégalie

isolée. D'autre part, d'après Henry SARLES de Marseille, elle peut et doit précéder la splénoportographie afin de limiter les indications de cette dernière et elle peut nous renseigner sur le siège de l'obstacle.

La signature endoscopique d'une hypertension portale est l'existence d'une circulation collatérale sur le ligament rond, sur la rate, le péritoine viscéral et pariétal, l'oesophage abdominal.

- Le ligament rond

A l'état normal, il est peu vascularisé, un ou deux vaisseaux très fins courent cependant à sa surface. Quand il existe une hypertension intrahépatique, la vascularisation est toujours considérablement accrue.

Les vaisseaux sont toujours alors plus nombreux et plus gros. (soit grosses veines bleuâtres d'aspect variqueux, soit vaisseaux plus fins d'aspect angiomateux).

- La rate

Tout d'abord son volume donne déjà une indication mais ce qui nous renseigne davantage, c'est la vascularisation. Toute splénomégalie s'accompagne d'une dilatation des vaisseaux spléniques mais dans l'hypertension portale, cette dilatation est beaucoup plus importante. D'autre part, si l'hypertension siège sur le tronc portal ou le territoire intra-hépatique, la circulation collatérale se fait vers la paroi par les adhérences que contractent presque toutes les splénomégalies avec le péritoine latéral et si l'hypertension est importante les vaisseaux néoformés irradiant "en tête de méduse" vers la paroi latérale. Si l'obstacle porte uniquement sur la veine splénique, on peut, comme dans le cas précédent découvrir une circulation splénopariétale ; mais le signe le plus caractéristique est représenté par l'existence de gros vaisseaux veineux, irradiant de la partie inférieure, seule visi-

ble, du hile splénique vers l'intestin. Elles manquent toujours si l'obstacle siège sur le tronc porte ou dans le foie.

- L'oesophage abdominal

En cas d'hypertension intrahépatique, ou sur le tronc de la veine porte, on distingue très facilement de nombreux vaisseaux qui montent de l'estomac sur la face antérieure de l'oesophage abdominal.

Arrivés au diaphragme, les uns passent dans l'orifice et doivent poursuivre leur trajet sur l'oesophage thoracique, les autres se réfléchissent sous le muscle et doivent rejoindre la circulation cave par les veines diaphragmatiques.

VI.- LA PERITONEOSCOPIE DANS LES AFFECTIIONS TUMORALES.

A.- Tumeurs de l'abdomen et de l'hypocondre droit.

La laparoscopie paraît très précieuse dans le diagnostic parfois si difficile des tumeurs de l'abdomen et particulièrement de l'hypocondre droit ; s'agit-il d'un foie, d'un rein, d'un angle colique, la clinique, la radiologie peuvent rester hésitantes ; et pourtant, le problème est d'importance car il s'agit de décider une intervention, de choisir un traitement.

Dans l'observation n° 13, le problème s'est posé. La péritonéoscopie a montré que la masse de l'hypocondre droit était un cancer secondaire du foie qui voisinait avec une masse polylobée qui siégeait à la face inférieure du lobe droit de l'organe.

Dans l'observation n° 22, il s'agissait aussi d'une tumeur de l'hypocondre droit qui descendait presque dans la fosse iliaque droite et séparée de cette tumeur, une autre masse sous-jacente. Était-ce la vésicule ? La péritonéoscopie a montré qu'il s'agissait d'un

gros foie à la surface duquel il y avait un bourgeonnement cratériforme, la vésicule était normale, la masse sous-jacente était une masse kystique. L'endoscopie a permis d'autre part de faire une biopsie dirigée sur le bourgeonnement.

B.- Tumeurs du petit bassin

Evidemment, ce n'est pas là une indication majeure de la péritonéoscopie, mais là encore elle peut rendre des services. Dans l'observation n° 17, la masse de la fosse iliaque gauche était bien, comme le pensaient les gynécologues, une masse extragénitale mais la péritonéoscopie nous a révélé que non seulement c'était une masse qui n'avait aucune relation avec les organes génitaux, mais encore qu'elle était rétropéritonéale. Il est certain que dans un carrefour aussi complexe que le petit bassin chez la femme, la péritonéoscopie peut rendre d'appréciables services dans le diagnostic des tumeurs.

VII.- LA PERITONEOSCOPIE DANS LES AFFECTIONS TUBERCULEUSES PERITONÉALES.

Ici, c'est une contrindication formelle, mais dans les cas où cliniquement nous pensions à une hépatite devant un gros foie et des tests hépatiques perturbés, nous avons eu la surprise de relever à la surface du foie des taches de bougie et des granulations tuberculeuses sur le péritoine. Le diagnostic redressé, la malade a été traitée et améliorée avant d'être dirigée sur un centre spécialisé (observation n° 21).

CONCLUSIONS

-:-

Tout au long de ces pages, nous nous sommes efforcés de montrer combien étaient nombreux les domaines où la péritonéoscopie pouvait rendre des services. Avant tout dans les affections hépato-vésiculaires, puis dans les tumeurs de l'abdomen et plus particulièrement dans les tumeurs de l'hypocondre droit et du petit bassin chez la femme, le médecin a à sa disposition un moyen d'investigation non négligeable.

Souvent, elle confirme et quelquefois elle infirme un diagnostic posé cliniquement. Elle donne des renseignements utiles en matière de pronostic en évitant par exemple que l'on adresse à un chirurgien un malade pour qui l'intervention serait non seulement inutile, mais dangereuse et contrindiquée, en révélant une métastase cancéreuse.

Elle peut être complétée utilement par d'autres méthodes telles que ponction biopsique et laparographie.

Si l'on ajoute à cela que c'est une méthode absolument inoffensive, rapide, peu coûteuse, on s'aperçoit qu'elle mérite de devenir une méthode d'investigation appelée à un grand avenir.

Cependant, comme tous les examens complémentaires, elle ne doit être là que pour aider la clinique qui doit toujours garder tous ses droits.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : R. MOREAU

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

CAROLI (J.) et RICORDEAU (Melle)
Revue Internationale d'Hépatologie
Année 1955 - Tome V - n° 7 - p. 951.

KALK - -

ROYER -

CAROLI -
Revue Médico-chirurgicale des maladies
du foie , de la rate et du pancréas.
Année 1955 - Tome XXXI - p. 15

SARLES (Henri)
Marseille. Revue Médico-chirurgicale
des maladies du foie, de la rate et
du pancréas. 1956 n° 1 - p. 5

HORIZONS MEDICAUX - Janvier 1957

REVUE DU PRATICIEN - 11 avril 1956

SEMAINE DES HOPITAUX - 26 avril 1954

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

